

# DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE METRO TRANSIT



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE VÍDEO DE CÁMARA CORPORAL

Estatuto de Minnesota § 13.825

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia / Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL INCIDENTE

Número de caso / evento (si se conoce): \_\_\_\_\_ Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

Si se desconoce el número, hora del incidente: \_\_\_\_\_ Lugar del incidente: \_\_\_\_\_

Solicito un vídeo de la cámara corporal (BWC) de la siguiente persona en este incidente: \_\_\_\_\_

Seleccione una de las siguientes opciones:

- Soy el sujeto del vídeo y he dado mi consentimiento abajo.
- Solicito el vídeo de otra persona y esa persona ha dado su consentimiento abajo.
- No soy el sujeto que solicita el vídeo público de un oficial de policía implicado en el disparo de un arma de fuego o en el uso de la fuerza que resultó en graves lesiones corporales (no complete el consentimiento que figura abajo).
- Otra: \_\_\_\_\_

Me gustaría:

- Inspeccionar (mirar) el vídeo solicitado en una oficina del Departamento de Policía de Metro Transit (MTPD).
- Recibir un enlace para descargar una copia del vídeo de la cámara corporal (BWC) solicitado.

## CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS PRIVADOS

Esta parte del formulario la debe completar la **persona que aparece en el vídeo**.

La firma debe ser certificada ante notario o presentar este formulario con una identificación válida expedida por el gobierno.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al Departamento de Policía de Metro Transit (MTPD) a compartir con  
(nombre en letra imprenta) el Solicitante el vídeo de mí de la cámara corporal (BWC) mencionado arriba.

Entiendo que:

1. No estoy obligado a permitir que el Departamento MTPD comparta mi información. La firma de este consentimiento es algo completamente voluntario.
2. El Departamento MTPD no podrá controlar lo que suceda con mi información una vez que haya sido divulgada al Solicitante mencionado arriba.
3. Esta autorización es válida a partir del momento en que la firme y podré revocar mi consentimiento a esta autorización de divulgación en cualquier momento por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ESTADO DE \_\_\_\_\_ )  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ ) ss

Firmado y juramentado ante mí el \_\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_  
(fecha) (persona que da su consentimiento)

Firma del Notario Público: \_\_\_\_\_

Enviar el formulario diligenciado al: correo electrónico **MTPDbwcVIDEO@transitpd.org** o a la dirección **560 6th Ave N, Minneapolis, MN 55411**

For Office Use Only. Valid Photo ID Type: \_\_\_\_\_ Staff Initials: \_\_\_\_\_